УДК 616-002.828:616-07

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С МИКОЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ *TRICHOPHYTON RUBRUM*

Корнишева В.Г., Шевяков М.А.

НИИ медицинской микологии им.П.Н.Кашкина ГОУ ДПО СПб МАПО, Санкт-Петербург, Россия

© Корнишева В.Г., Шевяков М.А., 2007

Обследованы 98 больных с микозом, обусловленным T. rubrum. Эндоскопическим и бактериологическим методами у 78% пациентов диагностированы различные заболевания пищеварительного тракта. С помощью фиброгастродуоденоскопии у 19% больных выявлен рефлюкс-эзофагит, у 15% – поверхностный гастрит, у 21% – билиарный дуодено-гастральный рефлюкс. Дисбиоз кишечника имел место у 79% обследованных, причем чаще всего он характеризовался дефицитом коли- и бифидумбактериобиоты, избыточным ростом золотистого стафилококка и Candida spp. Отмечена прямая связь распространенности микотического поражения кожи и ее придатков с наличием заболеваний пищеварительного тракта.

Ключевые слова: дерматомикозы, желудочно-кишечный тракт, *T. rubrum, Candida*

GASTROINTESTINAL DISEASES AND *TRICHOPHYTON RUBRUM* MYCOSIS

Kornisheva V.G., Shevyakov M.A.

Kashkin Research Institute of Medical Mycology, SEI APE SPb MAPE, Saint Petersburg, Russia

© Kornisheva V.G., Shevyakov M.A., 2007

98 patients with T. rubrum mycosis have been investigated; 78% of them with various diseases of a digestive tract are diagnosed with the help of endoscopy and bacteriological methods, 19 % of patients with reflux-oesophagitis, 15 % with superficial gastritis, and 21 % with biliary dyodeno-gastral a reflux was revealed with the help of endoscopy. Intestinal dysbiosis has been revealed at 79 % surveyed, and more often it was characterized by deficiency prick and bifidumbiota and superfluous growth Staphylococcus aureus and Candida spp. The direct communication of prevalence mycotic defeats of a skin and its appendages with presence of diseases of a digestive tract was marked.

Key words: *Candida,* dermatomycosis, gastro-intestinal tract, *T. rubrum*

Известно, что у больных с дерматомикозами часто отмечают внутренние болезни, в том числе – заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Влияние заболеваний ЖКТ на течение дерматомикозов остается изученным не полностью.

При анализе сопутствующих заболеваний у 322 больных с микозом, обусловленным *T. rubrum* (MOTr), у 180 были выявлены различные заболевания органов пищеварения. В связи с этим у 98 больных микозом (41 мужчин и 57 женщины) проведено углубленное обследование в микологической клинике НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина СПбМАПО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По возрасту больных распределяли следующим образом: от 10 до 15 лет – 5 человек, от 16 до 21 года – 10, от 22 до 40 лет – 39, от 41 до 55 лет – 30, старше 56 лет – 14. Микоз стоп с онихомикозом был у 50 больных, микоз кистей, стоп с онихомикозом – у 42 и распространенный микоз гладкой кожи ягодиц, паховых складок, кистей, стоп с онихомикозом, обусловленный *T. rubrum*, – у 6 больных. В план обследования, кроме консультации гастроэнтеролога, были включены фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), цитологическое исследование мазков-отпечатков слизистой оболочки пищевода, интрагастральная pH-метрия, посев кала на дисбиоз.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При поступлении только 10 из 98 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта предъявляли жалобы на дискомфорт и боли в эпигастральной области. Для уточнения сопутствующей патологии желудка 98 больным была выполнена (ФГДС), результаты которой представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты ФГДС у больных с микозом, обусловленным *T. rubrum*

Результат ФГДС	Кол-во больных	Процентное содержание
Эзофагит, в т.ч. рефлюкс-эзофагит	19	19,4
Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	11	11,2
Недостаточность кардиального жома	11	11,2
Поверхностный гастрит	15	15,3
Билиарный дуодено-гастральный рефлюкс	21	21,4
Всего заболеваний:	77	78,5
Патология не выявлена	21	21,5
Итого:	98	100,0

Таким образом, при ФГДС у 19 (19,4%) больных обнаружен рефлюкс-эзофагит, у 11 (11,2%) – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у

11 (11,2%) – недостаточность кардиального жома. У больных с рефлюкс-эзофагитом в мазках-отпечатках со слизистой оболочки пищевода при микроскопическом исследовании были обнаружены пласты плоского эпителия и единичные нейтрофилы. У 2 больных пожилого возраста были обнаружены признаки кандидозного эзофагита (в мазках-отпечатках слизистой оболочки пищевода – дрожжевые клетки и нити псевдомицелия, эритроциты).

Поверхностный гастрит и рефлюкс-гастрит выявили у 36 (36,7%) больных. При изучении данных интрагастральной pH-метрии у 31 пациента показано, что кислотообразующая функция слизистой оболочки желудка была снижена у 11 (35,4%), повышена – у 5 (16,3%), не изменена – у 15 (48,3%) больных.

При анализе изменений кожи и ее придатков у всех больных, имеющих рефлюкс-эзофагит, скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-гастрит, наблюдали одинаковую клиническую картину микоза: сквамозно-гиперкератотическое поражение кожи подошв и ладоней и гипертрофический тип поражения ногтей.

Также мы проанализировали результаты ФГДС 98 больных, в зависимости от распространенности микоза, обусловленного *T. rubrum* (табл. 2).

Таблица 2.

Зависимость положительных результатов ФГДС от распространенности микоза, обусловленного *T. rubrum*

Диагноз	Кол-во больных	Результаты фиброгастродуоденоскопии			
		Патология выявлена		Патология не выявлена	
		К-во б-ных	%	К-во б-ных	%
Микоз стоп	50	33	66,0	17	34,0
Микоз кистей и стоп	42	38	90,5	4	9,5
Микоз гладкой кожи, кистей и стоп	6	6	100,0	-	-
Итого:	98	77	78,6	21	21,4

Таким образом, заболевания верхних отделов ЖКТ выявили у 77 больных MOTr, что составило 78,6% от всех обследованных. Как видно из таблицы, при микозе стоп патологию, по данным ФГДС, выявили у 66% больных, при микозе кистей и стоп – у 90,5%, а при распространенном микозе гладкой кожи, кистей, стоп – у всех обследованных больных.

С целью изучения интестинального микробоценоза у 42 больных MOTr исследовали кал на дисбиоз. Дисбиоз кишечника выявили у 33 (79%) обследованных пациентов. Анализ микробиоты кишечника при дисбиозе у 33 больных MOTR представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Характеристика микробиоты кишечника у больных микозами кожи при дисбиозе кишечника

Микробиота кишечника	Количество микробиоты, КОЕ/гр	Микоз, обусловленный *T. rubrum*, N=33
E. coli	менее 20 млн.	22 (67%)
Bifidobacterium sp.	менее 10 млн.	6 (18%)
E. coli лактозонегативная	более 40 млн.	3 (9%)
E. coli гемолитическая	более 4 млн.	2 (6%)
Staphylococcus aureus	более 3 млн.	32 (97%)
C. albicans	более 40 тыс.	13 (39%)

Как видно из таблицы, наиболее частым видом дисбиоза кишечника у больных MOTr является дисбиоз с дефицитом колибиоты и бифидумбиоты, избыточным ростом золотистого стафилококка и грибов рода *Candida* в Intestine.

При анализе влияния распространенности микоза, обусловленного *T. rubrum*, на наличие дисбиоза у 33 больных, его выявили у 13 (39%) больных при микозе стоп, у 15 (46%) – при микозе и кистей и стоп и у всех обследованных пациентов – при распространенном микозе гладкой кожи. Таким образом, с увеличением распространенности микоза возрастала частота встречаемости дисбиоза.

ОБСУЖДЕНИЕ

Влияние заболеваний ЖКТ на течение дерматомикозов может осуществляться за счет различных патологических процессов. В частности, нарушение моторной функции пищевода и желудка создает условия для рефлюкса агрессивного желудочного содержимого в пищевод. Воспаленная слизистая оболочка пищевода становится легко поражаема для дрожжеподобных грибов [1]. Это подтверждают наши наблюдения 2 больных пожилого возраста, у которых обнаружены явления кандидозного эзофагита. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, в основе которой лежит хронический пептический рефлюкс, является отражением неблагополучия в верхних отделах пищеварительного тракта, в частности, хронического гастрита [2]. Последнее обстоятельство не только снижает качество жизни больных с дерматомикозами, но и отягощает течение собственно дерматомикоза. Заболевания верхних отделов ЖКТ сопровождается развитием вторичной ферментопатии и, закономерно, мальдигестии и мальабсорбции. Указанные патологические процессы ухудшают питание тканей, в том числе кожи и ее придатков, снижают эффективность местной и системной антифунгальной резистентности.

Показано, что с распространенностью микотического процесса частота выявляемости рефлюкс-эзофагитов, скользящей грыжи пищеводного от-

верстия диафрагмы, недостаточности кардиального жома, поверхностного гастрита и рефлюкс-гастрита неуклонно возрастает.

Известна зависимость тонуса нижнего пищеводного сфинктера, во-первых, от процесса окислительного фосфорилирования: он быстро исчезает в условиях гипоксии и быстро восстанавливается при достаточной оксигенации тканей [3]. В то же время у больных микозом стоп Айзятулов Р.Ф. и соавторы при исследовании морфофункционального состояния кожи выявили гипоксию дермы, нарушения микроциркуляции, сосудисто-тканевой проницаемости, дезорганизацию соединительной ткани дермы [4]. Во-вторых, наиболее часто согласованное действие клапанного и жомного механизмов пищеводного сфинктера нарушается при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, которые обычно развиваются с возрастом, в том числе – вследствие конституциональной слабости соединительной ткани [3]. У больных микозом кистей и стоп с онихомикозом и больных, имеющих сопутствующие заболевания, В.А.Федотов [5] наблюдал изменение метаболизма соединительнотканных структур на системном уровне, что также сопровождалось гипоксией тканей.

Таким образом, выявление нами при ФГДС у 78,6% обследованных лиц заболеваний (рефлюкс-эзофагит, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-гастрит, поверхностный гастрит) можно объяснить изменением метаболизма соединительнотканных структур на системном уровне при микозе, обусловленном *T. rubrum* [5]. Наличие гипоксии тканей обусловливает снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера у этих больных [2], что создает условия для попадания агрессивного желудочного содержимого в пищевод. Можно предположить, что таким больным патогенетически показана гипербарическая оксигенация, которая активизирует окислительное фосфорилирование, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови.

Сквамозно-гиперкератотическое поражение кожи подошв и ладоней и гипертрофический тип поражения ногтей при выявленной сопутствующей патологии можно объяснить тем, что на фоне гипоксии, нарушения микроциркуляции и метаболизма соединительной ткани происходит активация оппортунистических грибов. Маннановый антиген гриба *T. rubrum*, воздействуя на кератиноциты, специфически ограничивает их пролиферацию, а также супрессивно действует на лимфоциты человека, тем самым, предрасполагая к реинфекции [6,7].

Мы отмечали, что при поступлении в стационар все больные с дисбиозом кишечника предъявляли жалобы на зуд кожи в межпальцевых складках стоп, в очагах поражения на гладкой коже. У некоторых больных зуд был настолько интенсивен, что приводил к образованию биопсирующих расчесов. Из клинических особенностей, характерных для больных, имевших дисбиоз кишечника, было наличие интертригинозной формы микоза стоп.

Известно, что дисбиоз кишечника сопровождается нарушением процессов терминальной (толстокишечной) ферментации пищи [8]. При этом в результате бродильной либо гнилостной диспепсии в просвете кишечника накапливаются и резорбируются патологические молекулы, способные сыграть роль псевдоаллергенов. Во-вторых, дисбиоз кишечника нарушает процессы внутрикишечной инактивации гистамина, опосредующего собственно аллергические реакции. В-третьих, избыточный микробный кишечный рост (в нашем случае – золотистого стафилококка и дрожжеподобных грибов) может вести к бактериальной и микогеннной сенсибилизации. Указанные три механизма вполне объясняют большую частоту зуда у больных МОТг, осложненным дисбиозом кишечника. По-видимому, изменения кишечного дисбиоза отрицательно влияют на иммунный статус больного и предрасполагают к хронизации микотической инфекции у больных. Представляет интерес факт, что частота выявления дисбиоза (79%) у больных микозом, обусловленным *T. rubrum*, практически совпадает с частотой выявляемой патологии при фиброгастроскопии (78%).

ВЫВОДЫ

Выявленные нами клинические особенности служат основанием для формирования некоторых практических рекомендаций. Сквамозно-гиперкератотическая форма микоза стоп и кистей с гипертрофической формой поражения ногтей может быть результатом заболевания верхних отделов ЖКТ (эзофагит, гастрит), поэтому этим больным рекомендуют консультацию гастроэнтеролога. При зуде и интертригинозной форме микоза стоп показано обследование больных на дисбиоз кишечника с последующей коррекцией выявленных нарушений с возможным применением энтеросептиков, про- и пребиотиков.

Таким образом, у больных с микозом, обусловленным *T. rubrum*, необходимо активно выявлять патологию органов пищеварения для проведения адекватной комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шевяков М.А.* Кандидоз пищевода: клиника, диагностика, лечение: Афтореф. дис. ... канд. мед. наук . - СПб., 1993. - 20 с.
2. *Выгоднер Е.Б.* Физические факторы в гастроэнтерологии.- М.: «Медицина», 1987. - 302 с.
3. *Кристенсен Д.* Нарушение двигательной функции органов верхнего отдела пищеварительного тракта //Гастроэнтерология.Т.1/ Под ред. Д.Х. Барона,Ф.Г. Муди. – М.: «Медицина», 1985.- С.234-259.
4. *Айзятулов Р.Ф., Бухарович М.Н., Шлопов В.Г. и др.* Морфофункциональные изменения кожи при микозе стоп //Вестн. дерматол. -1990.-№4.-С.55-59.
5. *Федотов В.А.* Лечение больных руброфитией с учетом показателей метаболизма системы соединительной ткани: Автореф. дис...к.м.н.- СПб.,1991.-21с.
6. *Dahl M.V.* Suppression of immunity and inflammation by produced by dermatophytes// J.Am. Acad. Dermatol.-1993.- Vol.28, №5.- P.19-23.
7. *Grando S.A., Herron M.J., Dahl M.V., Nelson R.D.* Binding and uptake of *Trichophyton rubrum* mannan by human epidermal keratinocytes: a time-course study// Acta Derm.-Venereol. -1992.- Vol.72, №4.- P.273-276.
8. *Гриневич В.Б. и др.* Клинические аспекты диагностики и лечения дисбиоза кишечника в общетерапевтической практике (учебно-методическое пособие).- СПб, 2003.- 37 С.

Поступила в редакцию журнала 26.02.2007
Рецензент: Р.М. Чернопятова